

## Versorgungspolitische Auswirkungen - Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben

Löcherbach, Peter; Weber, Ingbert

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Löcherbach, P., & Weber, I. (2000). Versorgungspolitische Auswirkungen - Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. *Journal für Psychologie*, 8(4), 27-40. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-28451>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

## **Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben**

Peter Löcherbach und Ingbert Weber

### **ZUSAMMENFASSUNG**

In diesem Beitrag werden zentrale Ergebnisse unserer Studie »Patientenorientierte Bedarfsermittlung und -planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung« vorgestellt und diskutiert, die vom Bundesminister für Gesundheit und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegeben und 1999 abgeschlossen wurde. Insbesondere geht es dabei um die Vorstellung eines neu entwickelten Indikatorenmodells, das die Fehler und Einseitigkeiten des bisherigen »Bedarfsplanungsverfahrens« der KBV vermeidet.

Ob der »wirkliche« Bedarf an Psychotherapeuten und entsprechenden Behandlungen größer oder kleiner ist als das aktuelle Angebot dieser Fachgruppe, dazu haben viele ihre eigene Meinung, je nach Erfahrung mit Somato- oder Psychotherapeuten und je nach der Rolle, die sie selbst im Gesundheitssystem einnehmen. Der Klage über fehlende Behandlungsplätze und zu lange Wartezeiten steht die Einschätzung gegenüber, das Gesundheitssystem komme wohl auch mit einer geringeren Zahl von Psychotherapeuten aus. Inwieweit diese Meinungen wissenschaftlich gestützt oder gar haltbar sind, sei dahin gestellt.

Eine Forschungsgruppe beim »Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland« (Köln) unter der Leitung von Professor Löcherbach hat in den vergangenen drei Jahren daran gearbeitet, diese Frage aufgrund objektiver Kriterien zu beantworten. Gefördert wurde die jetzt publizierte Studie mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Um das Ergebnis vorwegzunehmen: Gemessen an der Zahl potentieller Patienten

mit entsprechend behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen, herrscht in Deutschland durchschnittlich eine massive Unterversorgung in diesem Bereich. Nur etwa 50% der psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen können von den derzeit im Rahmen der GKV zugelassenen Therapeuten psychotherapeutisch versorgt werden, bei immensen regionalen Unterschieden.

### **MODELLE ZUR BEDARFSPLANUNG**

Bedarfsplanung bezeichnet allgemein den Vorgang der Ermittlung und Festlegung eines Hilfsangebotes in Art und Umfang, das für eine bestimmte Zielgruppe innerhalb eines zeitlich und räumlich definierten Rahmens geschaffen werden soll. Bedarfsplanung setzt dazu Kenntnisse über Bedarfslagen der jeweiligen Zielgruppe voraus, d. h. über die für den Bedarfsplanungsbereich relevanten individuellen und sozialen Lebens- und Problemsituationen. Auf dieser Grundlage wird im Rahmen aktuell bestehender Normvorstellungen und politischer Prioritäten durch eine Gegenüberstellung des Bestandes an Angeboten (Dienstleistungen von Einrichtungen und niedergelassenen Praxen) und den angestrebten Zielen durch einen Soll-Ist-Vergleich der maßnahmenbezogene Hilfebedarf ermittelt. Begrifflich sollte deshalb besser von Angebotsplanung und nicht Bedarfsplanung gesprochen werden. Im medizinischen und damit auch psychotherapeutischen Bereich wird in der administrativen Praxis die Bedarfsplanung durch Anwendung gesetzlicher Vorschriften (§§ 99-105 Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung, SGB V) und spezifischer Richtlinien (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) durchgeführt. Dieses Verfahren erfasst jedoch noch nur den quantitativen Bedarf an Psychothe-

rapeuten in Bezug auf ein vorgegebenes Versorgungsniveau, meist ausgehend vom Ist-Stand, ohne dass der allgemeine, basierend auf Ergebnissen der Epidemiologie, und spezifische Bedarf der Zielgruppe berücksichtigt wird. Durch Einbeziehung von Forschungsergebnissen können zusätzlich qualitative Aspekte einfließen, Praxiserfahrungen beachtet und auf der Basis einer Bedarfsermittlung die Nachfrage- und Inanspruchnahmebereitschaft der zukünftigen Nutzer realistisch eingeschätzt werden. Das Vorliegen solcher Ergebnisse allein gewährleistet jedoch noch nicht eine bedarfsgerechte Planung. Politische Prioritäten und administrative Praxis entscheiden gegenwärtig die konkrete Bedarfsfeststellung, die sich stark an den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen orientiert. Patientenorientierte Bedarfsplanung setzt demgegenüber eine umfangreiche empirische Forschung und deren Umsetzung in Praxis-hilfen voraus. Modelle zur Bedarfsplanung sind primär abhängig von der Art der Datenbasis, die angestrebt wird bzw. verfügbar ist. Unterschieden werden kann der Zugang über die bestehende Versorgung (Ist-Analysen) und/oder den notwendigen bzw. nicht-gedeckten Bedarf (Soll-Analysen). Ist-Analysen beschreiben das bestehende Versorgungsnetz bzw. Aspekte davon, Soll-Analysen versuchen, den zu versorgenden Bedarf zu erfassen und in Planungsempfehlungen umzusetzen. Planung wird in diesem umfassenden Sinne als Prozess mit Rückkopplungsschleifen begriffen, in den in aufeinanderfolgenden Schritten neben den einzelnen Faktoren immer auch die Klärung des Anspruchsniveaus, die grundlegenden Normen, die Vorgehensweise sowie die Implementation und Evaluation einzubeziehen sind. Eine allgemeine Vorgehensweise zur Ermittlung des Bedarfs besteht in der möglichst genauen Ermittlung und Zuordnung »therapiebedürftigen« Personengruppen, um von Erkrankungsraten über Inanspruchnahmeraten zu Bedarfszahlen zu kommen. Die für ein sol-

ches allgemein gültiges Modell einsetzbaren Größen sind aufgrund der ungenügenden Datenlage meist nur sehr grob bestimmbar und berücksichtigen nur selten und nicht systematisch relevante Faktoren wie z. B. Regionalstruktur, Behandlungsdauer sowie die Zuordnung von Verfahren und Störungsgruppen. Für eine konkrete Angebotsplanung auf regionaler Ebene ist daher eine differenzierte Vorgehensweise angezeigt, die auch Inanspruchnahme- bzw. Nicht-Inanspruchnahmedaten und Daten über Behandlungspotentiale enthält. Die zur Zeit durch gesetzliche Bestimmungen und Richtlinien festgelegte Vorgehensweise zur Bedarfsplanung berücksichtigt nur fragmentarisch die theoretischen Modelle.

#### **FEHLENDE THEORIE IN DER GESETZLICHEN BEDARFSPLANUNG**

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien zur Bedarfsplanung legen eine administrative Vorgehensweise fest, deren Planungskriterium die fachgruppenspezifische Arzt-Einwohner-Relation unter Berücksichtigung verschiedener raumspezifischer Planungskriterien darstellt. Diese Zahlen werden ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner der BRD zur Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten zu einem bestimmten Stichtag, unterteilt nach Kreisen/Städten der jeweiligen Raumgliederungskategorien. Dieses »Photo« der Versorgungslage (Anzahl der Behandler) wird definiert als bedarfsgerechtes Soll an Versorgung für die kommenden Jahre (vgl. Tab. 1). Im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist lediglich eine grobe Gewichtung der ärztlichen, nicht der psychologischen, Psychotherapeuten als Berücksichtigung des Versorgungsanteils vorgesehen. Die Anwendung der Bestimmungen zur gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfsplanung führt allerdings dazu, dass gravierende Versorgungsungleichgewichte, die bereits bestehen, auch für die zukünftige Versorgung festgeschrieben werden. So entspricht es nicht der tatsächlichen Bedarfs-

situation, wenn ein Psychotherapeut in ländlichen Kreisen für etwa 23.000 Einwohner zuständig ist, während in Kernstädten etwa 2.500 Einwohner pro Psychotherapeut zu versorgen sind. Besonderheiten in den jeweiligen Altersgruppen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Die Prämisse, dass das Behandler-Ist (Angebot) gleichzeitig das zukünftige Behandler-Soll (=ausreichende Versorgung) darstellen soll, ist zumindest für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung theoretisch nicht haltbar.

### **EPIDEMIOLOGISCH BEGRÜNDETER UND PLANUNGSRELEVANTER BEDARF**

Zentrales Kriterium für eine theoriegeleitete Angebotsplanung ist eine indikatorengestützte Vorgehensweise, die Bevölkerungs-, Bedarfs- und Angebotsindikatoren enthält und relevante bedarfs- und angebotsmodulierende Faktoren einschließt. (vgl. Abbildung: Übersicht). Ausgehend von Erkenntnissen aus epidemiologischen Studien können bei Vernachlässigung regionaler Unterschiede insgesamt 2,1% der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung (=1,89% der Gesamtbevölkerung) als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig und -willig angenommen werden. Dieser Bevölkerungsanteil setzt sich zusammen zu 21% aus Kindern und Jugendlichen, zu 62% aus Erwachsenen und zu 16% aus Senioren. Für eine administrative Versorgungsplanung darf dieser Anteil von 1,89% allerdings nicht zugrunde gelegt werden. Der sich in einem bestimmten Zeitraum ergebende planungsrelevante Behandlungsbedarf ist wesentlich niedriger anzusetzen. Eine Modellrechnung, die zwar den epidemiologischen Behandlungsbedarf zum Ausgangspunkt nimmt, muss im weiteren Verfahren eine Vielzahl begrenzender Faktoren berücksichtigen, die das Maß für den effektiven Versorgungsbedarf weiter absenken. Auf diese Weise versucht man, sich weitgehend an den realistischen Bedarf anzunähern.

Folgende Faktoren begrenzen den Behand-

lungsbedarf, wie er sich letztendlich im Versorgungssystem manifestiert:

- Psychische Störungen werden nicht immer als solche erkannt. Die Erkennungsrate psychischer Störungen selbst durch Hausärzte liegt bei wenig mehr als 50%.
- Auch wenn Außenstehende wegen eines psychischen Problems zu einer Konsultation raten, entspricht dem nicht immer ein subjektives Behandlungsbedürfnis des Betroffenen mit Blick auf Psychotherapie.
- Nicht jede Störung, die beim Betroffenen Leidensdruck erzeugt, muss von einem Fachpsychotherapeuten behandelt werden. Mitunter weisen schon Gespräche des Betroffenen mit Menschen seines Vertrauens den Weg aus der Krise.
- Nicht alle behandlungswilligen Patienten betreiben ihre Suche nach einem Behandlungsplatz mit Erfolg. Manche geben vorzeitig auf, ohne je in Behandlung zu kommen.
- Nicht jeder psychotherapiewillige Patient akzeptiert letztendlich den Therapieplatz, der ihm angeboten wird.

### **VERSORGUNGSFLUSS**

Der auf epidemiologischer Basis geschätzte Ausgangsbedarf muss aber nicht nur unter Aspekten der Inanspruchnahme korrigiert, sondern auch unter dem Aspekt des Versorgungsflusses fortlaufend angepasst werden. Denn: auch wenn Angebote zur Verfügung stünden, die dem Bedarf in Struktur und Menge voll entsprächen, wäre es nicht wahrscheinlich, dass alle behandlungsbedürftigen und -willigen Patienten gleichzeitig einen Behandlungsplatz suchten. Zudem ist zu bedenken, dass für die Versorgung vor allem die Wiedererkrankungs- und Neuerkrankungsraten relevant sind, da sie den Umfang der »Zugänge« kalkulieren lassen, nicht aber so sehr die Gesamtprävalenzen, die sich nach Maßgabe des Therapieerfolgs um die Teilmenge der nicht mehr behandlungsbedürftigen ehemaligen Patienten kontinuierlich verringern. Unterschieden werden muss auch zwischen akuten und chronischen Psychotherapiebedürftigen, da

der Behandlungsaufwand für die chronisch Erkrankten ggf. geringer ist bzw., sofern sie als »nicht mehr therapierbar« klassifiziert sind, sie in angrenzenden Sektoren des Systems versorgt werden.

Ob den angrenzenden Versorgungsbereichen (vor allem den Beratungsstellen, den freiberuflichen Behandlern mit nicht anerkannten Therapieverfahren, den Selbsthilfegruppen und den Selbsterfahrungsgruppen) aus der Perspektive der GKV tatsächlich eine kompensatorische Funktion zukommt, wie häufig behauptet wird, oder inwieweit durch diese Angebote eine Behandlung im vertragsärztlichen Bereich lediglich verzögert oder gar infolge Fehlbehandlung erschwert wird, ist derzeit wenig erforscht.

Unter Berücksichtigung all der genannten bedarfsbegrenzenden Faktoren schätzen wir vorsichtig einen für eine Versorgungsplanung relevanten Bedarf in Höhe von durchschnittlich 0,6% der versicherten Bevölkerung, der für konkrete Planungsregionen entsprechend ihrem Stadt-Land-Verhältnis und der Altersstruktur ihrer Bevölkerung jeweils noch weiter anzupassen wäre. Danach müsste für mindestens 480.000 Patienten in Deutschland ein Psychotherapie-Behandlungsplatz vorgehalten werden.

### **ZEITLICHE ARBEITSKAPAZITÄTEN**

Für Aussagen darüber, ob das Angebot zur Deckung des Behandlungsbedarfs ausreicht, benötigt man Kenntnisse über die zeitlichen Kapazitäten, die die zugelassenen Psychotherapeuten dem Versorgungssystem zur Verfügung stellen. Nur so lassen sich das tatsächliche Angebot und die zu erwartenden Versorgungsbeiträge realistisch schätzen.

Um entsprechende Angaben zu erhalten, haben wir eine Befragung zur ambulanten psychotherapeutischen Praxistätigkeit durchgeführt, an der sich 1.551 Psychotherapeuten (Rücklauf = 25%) beteiligten. Den Ergebnissen zufolge ist nicht davon auszugehen, dass die Mehrzahl der Fach-

psychotherapeuten voll berufstätig ist. Unsere Analysen zeigen, dass gerade die geringfügig tätigen Psychotherapeuten eine zahlenmäßig starke Gruppe sind (vgl. Tab. 2). Nur knapp 25% aller Behandler, die antworteten, sind mindestens 40 Wochenarbeitsstunden für Psychotherapie tätig. Dies macht deutlich, dass die zu erwartende Versorgungsleistung der verfügbaren Behandler nicht nur von ihrer Ausbildung für eines der mehr oder weniger zeitaufwendigen Therapieverfahren abhängt, sondern auch wesentlich davon, wie viel Arbeitszeit sie für die Versorgung ihrer Patienten aufwenden. Wir schlagen daher für die Zwecke der Bedarfsplanung vor, die verfügbaren Therapeuten nicht nach der Anzahl ihrer Köpfe zu zählen, sondern sie entsprechend ihrer jeweiligen Versorgungsbeiträge zu gewichten, wobei der Vollzeittherapeut mit dem Quotienten 1,0 berücksichtigt würde, der überwiegend tätige Psychotherapeut mit 0,7, der zur Hälfte tätige mit 0,5 und der geringfügig tätige mit 0,3 in die Berechnungen einginge. Im Unterschied zur gesetzlichen Bedarfsplanung, die einen Quotienten aufgrund der Psychotherapieversorgungsanteile am Gesamtumsatz ermittelt, schlagen wir allerdings vor, die Beiträge nach ihrem tatsächlichen Anteil zu gewichten.

Es ist mit Blick auf die abgelaufenen Zulassungsverfahren zu kritisieren, dass Psychotherapeuten, die allein eine Teilzeit-Niederlassung anstrebten, abgelehnt wurden. Dies bedeutet - entgegen der ausdrücklichen Intention des Gesetzgebers - nicht eine Legalisierung und Sicherung der bestehenden Versorgungssituation, sondern eine nicht beabsichtigte nachhaltige strukturelle Veränderung. Die bisherige Vielfalt der Versorgungsbeteiligung wird zugunsten einer Entwicklung in Richtung Zulassung nur von Vollzeittherapeuten aufgegeben. Die Frage, ob in Teilzeit tätige Psychotherapeuten weniger systematisch und damit weniger qualifiziert arbeiten als Vollzeittherapeuten, kann keinesfalls als belegt bejaht werden.

Es ist daher problematisch, antragstellenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten eine Teilzeitmitwirkung an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu verweigern, bloß weil dies für die Zulassung von Fachärzten in somatischen Fächern nicht üblich sei. Schließlich gibt es eine Vielzahl von Ärzten, so die Ergebnisse unserer Befragung und Analysen der Abrechnungsdaten, die ebenfalls Psychotherapie in Teilzeit ausüben.

#### **ERFORDERLICHE BEHANDLUNGSDAUER UND VERSORGBARE PATIENTEN**

Auf der Basis von mehr als tausend befragter Therapeuten, die angaben, wie viele Behandlungsstunden sie bei jedem ihrer aktuellen Patienten für erforderlich hielten (vgl. Tab. 3), schätzen wir den durchschnittlichen Behandlungsaufwand je Patient und die Gesamtzahl der Patienten, die sich mit den zugelassenen Psychotherapeuten versorgen lassen:

Vernachlässigt man die erheblichen Unterschiede zwischen den Therapieverfahren und geht man von Durchschnittswerten aus, so versorgt ein voll berufstätiger Psychotherapeut pro Jahr durchschnittlich 22 Patienten, und zwar bei einer Arbeitsleistung von durchschnittlich 1.650 Behandlungsstunden pro Jahr und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 78 Stunden je Patient.

#### **SCHÄTZMODELL ZUM GEGENWÄRTIGEN VERSORGUNGSGRAD**

Insgesamt sind derzeit ca. 15.000 Psychotherapeuten in Deutschland zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ausgehend von unseren Ergebnissen (vgl. Tab. 2) sind von ihnen ca. 3.750 voll berufstätig, ca. 5.250 überwiegend berufstätig, ca. 3.000 halbtags berufstätig und ca. 3.000 geringfügig berufstätig.

Ihre Versorgungsbeiträge lassen sich aufgrund unserer Berechnungen differenziert

schätzen (vgl. Tab. 4). Danach können alle 15.000 Psychotherapeuten (unter Annahmen von Ø 1620 Std. Jahresnettoleistung und Ø 78 Behandlungsstunden pro Patient) ca. 220.500 Patienten, die eine intensive Psychotherapie benötigen, versorgen.

Als behandlungsbedürftig und -willig waren 0,6% der Bevölkerung = 480.000 angenommen worden. Demnach läge der aktuelle Versorgungsgrad bei 45,9%.

Dieses grobe Schätzmodell müsste für konkrete Planungsregionen weiter angepasst werden: Insbesondere bezüglich der Anwendung von Raumgliederungskategorien in einer Planungsregion müsste die Bedarfszahl nach oben oder unten korrigiert werden, denn die Prävalenzen sind in Städten etwa doppelt so hoch wie auf dem Land. Ebenso wäre entsprechend der Altersverteilung der Bevölkerung in der Planungsregion eine Korrektur vorzunehmen. Des weiteren müsste der Bedarf nach den in der Region vorhandenen Qualifikationen für bestimmte Therapieverfahren korrigiert werden, da der zeitliche Behandlungsaufwand vom angewandten Verfahren abhängt (vgl. Tab. 3). Ob der derzeitige Fallmix hier eine Orientierungsgröße sein kann (vgl. Tab. 5) bedarf einer intensiven Prüfung, da er lediglich die derzeitige Ist-Verteilung der Verfahren darstellt. Hier besteht dringender Forschungsbedarf, da bisher ein relevanter Zusammenhang zwischen Störungsbildern und angewandten Verfahren, zumindest durch unsere Untersuchung der Praxisrealität, nicht bestätigt (allerdings auch nicht verworfen) werden konnte.

#### **FORDERUNG FÜR EINEN EIGENEN BEDARFSPLANUNGSBEREICH KINDER UND JUGENDLICHE**

Die schon bestehende schlechte Versorgungssituation im Bereich Kinder und Jugendlichenpsychotherapie wird sich nach Verabschiedung des Gesetzes weiter verschlechtern, da die Gruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedarfsplanungstechnisch in die Gruppe der

Psychologischen Psychotherapeuten integriert wird und damit keine eigene Zulassungsgruppe darstellt. Ist z. B. die Quote der Psychologischen Psychotherapeuten nach dem Gesetz erfüllt, kann bei konstatierte Überversorgung, die z.B. durch »Erwachsenenpsychotherapeuten« gegeben ist, eine Zulassung verweigert werden. Hinzu kommt, dass die Anzahl mit einer prinzipiellen Berechtigung und die Zahl der tatsächlich die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Praktizierenden aber, so die Ergebnisse der Studie, weit auseinander liegt, zumal, wenn gleichzeitig Genehmigungen für den Bereich der Erwachsenenpsychotherapie bestehen. Die Zahl von grundsätzlichen Abrechnungsberechtigungen in diesem Bereich täuscht eine Angebotssituation vor, die mit größter Wahrscheinlichkeit nicht der Anwendungspraxis entspricht. Ein Beleg dafür findet sich in den Anfragedaten der Koordinationsstellen. Die Quote von Vermittlungsproblemen war bei Anfragen nach Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am höchsten. Außerdem zeigen Ergebnisse der Arzt- und Hilfsregisteranalysen, dass es einige Regionen gibt, wo nicht ein einziger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (ob Arzt oder Psychologe/ Psychotherapeut) niedergelassen ist, in vielen Regionen gibt es nur sehr wenige Zulassungen. Hier können allerdings die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen einen Sonderbedarf feststellen. Wir halten es für dringend notwendig, in Analogie zum medizinischen Sektor, wo z.B. Kinderheilkunde ein eigenes Fach- bzw. Bedarfsplanungsgebiet darstellt, unter inhaltlichen und systematischen Gesichtspunkten, eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu etablieren. In diesem Planungsbereich müssen einerseits die Beiträge der nicht-ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten mit Qualifikation in diesem Bereich sowie andererseits die Versorgungsbeiträge der Fachärzte für Kinder und Ju-

gendpsychiatrie und -psychotherapie, von Kinderärzten mit entsprechender Psychotherapiezusatzausbildung und anderen Arztgruppen mit Qualifikationen in Kinder- und Jugendpsychotherapie berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass der Bevölkerungsanteil der 5-20jährigen fast 20 Prozent beträgt, rechtfertigt schon unter quantitativen Gesichtspunkten diese Forderung.

## **PLANUNGSHILFEN FÜR EINE BEDARFSORIENTIERTE VORGEHENSWEISE**

**Bevölkerungsindikatoren** beschreiben die Gesamtbevölkerung nach bestimmten Merkmalen und liefern damit den Interpretationshintergrund für die Analyse des Behandlungsbedarfs. Für die psychotherapeutische Versorgung sind Alters- und Geschlechtsverteilungen sowie Siedlungsdichte relevant.

**Vorgehensweise:** Die Bevölkerungsstatistik ist nach Alters- und Geschlechtsgruppen getrennt aufzuführen und entsprechend den Raumgliederungskategorien zuzuordnen.

Erläuterungen der Indikatorenbereiche:

**Altersstruktur:** Der Psychotherapiebedarf ist nicht auf alle Altersgruppen gleich verteilt. Daher ist die Bevölkerungsstatistik für die Altersgruppen der Kinder- und Jugendlichen, der Erwachsenen und der Senioren getrennt aufzuführen. Für die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen wurden Störungs-raten von 16,2 - 18,4% ermittelt, im Erwachsenenbereich schwanken die Angaben je nach Untersuchung zwischen 11,3 und 26,4%. Senioren weisen insgesamt ca. 23% psychische Störungen auf.

**Geschlechtsstruktur:** Innerhalb der Altersstrukturen sind die Störungsgruppen unterschiedlich auf die Geschlechter verteilt. So ist im Kinderbereich der Anteil der betroffenen Jungen höher, somit besteht hier der Großteil der psychotherapiebedürftigen

Indikator		Daten
Altersverteilung	3 bis 18 Jahre <sup>1</sup>	Statistische Landesämter
	19 bis 65 Jahre	
	über 65 Jahre	
Geschlechtsverteilung	männlich weiblich	Statistische Landesämter
Regionale Verteilung	Raumordnungsspezifische Raumgliederungskategorie	Statistische Landesämter Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

**Modul 1 Bevölkerungsindikatoren**

Indikator	Daten	Ersatzwert
Verteilung psychischer Störungen	Prävalenzraten Schweregrad	1,89 % der Bevölkerung  (=2,1% GKV – Versicherte)
Indikation zur Psychotherapie	Erkennungs- und Weiterleitungsraten	
Inanspruchnahmebereitschaft	Zustimmungs- und Ablehnungsraten	
Versorgungsfluss	Inzidenz- minus Remissionsraten	0,6 % der Bevölkerung
<b>Ergebnis 1: Anzahl zu versorgender Psychotherapiepatienten in einer Region</b>		
Behandlungsaufwand	Behandlungsraten nach Art und Umfang	78 Stunden pro Patient
<b>Ergebnis 2: Behandlungsaufwand für die zu versorgenden Psychotherapiepatienten in einer Region</b>		

**Modul 2 Bedarfsindikatoren**



Menschen aus männlichen Kindern; im Erwachsenenbereich zeigen die vorliegenden Daten, dass der Frauenanteil höher ist, somit bezieht sich der Großteil des Bedarfs auf Frauen.

**Regionale Struktur:** Zwischen Stadt und Land bestehen erhebliche Unterschiede. Die Störungsdaten in Städten und verstärkten Regionen liegen etwa doppelt so hoch wie in ländlichen Regionen, somit besteht ein höherer Bedarf in städtisch geprägten Regionen. Eine Aufteilung nach Raumgliederungskategorien (RGK) ist sinnvoll.

**Bedarfsindikatoren** bilden die Basisgröße zur Ermittlung des Psychotherapeutenbedarfs. Der Indikator »behandlungsbedürftige Störung« wird im wesentlichen durch die Zahl der Menschen bestimmt, die durch eine psychische Erkrankung in ihrer Lebensführung eingeschränkt sind. Bedarfsindikatoren sind somit in hohem Maße abhängig von den genannten Bevölkerungsindikatoren.

**Vorgehensweise:** Die Ermittlung des Solls auf regionaler Ebene ist z.Zt. für die unterschiedlichen Regionen der Bundesrepublik aufgrund der mangelhaften Datenlage und der bedarfsmodulierenden Faktoren nur begrenzt möglich. Dieser Basisindikator, der andere Indikatoren integriert (Alters- und Regionalstruktur, Schweregrad, Behandlungsbedarf nach Indikationsstellung, Behandlungsintensität) besteht Idealerweise aus der Anzahl der in einer Region lebenden behandlungsbedürftigen Menschen. Die Qualität der Bedarfsanalyse ist somit abhängig von einer möglichst genauen Ermittlung dieser Zahl. Nur durch Kombination möglichst vieler Datenquellen ist es möglich, die Größenordnung der Hauptzielgruppe im Bereich der ambulanten Psychotherapie zu dokumentieren. Da auf der regionalen Ebene Daten zur Ermittlung der genauen Zahl der behandlungsbedürftigen Men-

schen kaum realisierbar sind, ist diese Zahl ersatzweise anhand vorliegender Untersuchungsergebnisse (Ersatzwert von 0.6% der Bevölkerung unter Anpassung auf Stadt/Landregionen) (Ergebnis 1) einzusetzen. Die sich so ergebende Anzahl von Psychotherapiepatienten wird mit dem Behandlungsaufwand (ggf. getrennt nach Verfahren) multipliziert und ergibt den Behandlungsaufwand für eine Region (Ergebnis 2). Erläuterungen zu den einzelnen Indikatorenbereichen:

### **Prävalenzraten und Schweregradeinteilung:**

Da der Psychotherapiebedarf nicht bei allen psychischen Störungen in gleichem Ausmaß vorliegt, werden sie je nach Ausprägungsgrad der Behandlungsbedürftigkeit in unterschiedliche Behandlungsindikationen (Verfahren und Settings) eingeteilt. Als Schweregradeinteilung kann der BSS (Beeinträchtigungs-Schwerescore) herangezogen werden.

### **Vermittlungs- und Weiterleitungsraten:**

Die Erkennungsraten psychischer Störungen bei Hausärzten liegen unter 50%, die Weiterleitungsraten werden u.a. durch die Informiertheit des Hausarztes über das psychotherapeutische Versorgungsangebot (Transparenz) mit bestimmt.

**Inanspruchnahmequote:** Die Inanspruchnahmequote resultiert aus den bisher beschriebenen Indikatoren, ist aber zusätzlich abhängig vom Informations- und Akzeptierungsgrad der verschiedenen psychotherapeutischen Angebote. Es ist davon auszugehen, dass mit einer Verbesserung bzw. höheren Transparenz der Angebotsstruktur auch eine Erhöhung der Inanspruchnahmequote einhergeht. Es ist von einer Inanspruchnahmequote von ca. 35% auszugehen.

**Behandlungsaufwand:** Der Behandlungsaufwand kann definiert werden als »Be-

handlungsaufwand pro Patient in Stunden«. Dieser Indikator ist in hohem Maße abhängig von den durch die Indikationsstellung bestimmten Verfahren und Settings und dient zur Bestimmung des Psychotherapeutenbedarfs bei gegebener Inanspruchnahmequote. Rein rechnerisch wurde ein Behandlungsaufwand von 78 Stunden (bei einer verfahrensbedingten Bandbreite von 44 bis 160 Stunden) pro Patient als Behandlungssoll ermittelt. Zukünftig könnten bei fortschreitendem Forschungsstand stärker störungsbezogene Faktoren, die Art und Ausmaß der Behandlung (Verfahren, Dauer in Form von Kurzzeit- oder Langzeittherapie, Setting in Form von Einzel- und/oder Gruppentherapie) modulieren, hier einfließen.

**Versorgungsfluss:** Der sich in einem bestimmten Zeitraum (z.B. ein Jahr) ergebende Behandlungsbedarf ist aufgrund des Zeitfensters, der Zu- und Abgänge sowie der Effekte der angrenzenden Versorgungssysteme zu bestimmen und müsste fortgeschrieben werden. Nach wie vor finden sich zu diesen Aspekten keine brauchbaren Forschungsergebnisse. So schätzen wir unter Einbeziehung der vermuteten Wirkung der o.g. Faktoren sowie den Teilergebnissen unserer Erhebungen vorsichtig einen für eine Angebotsplanung relevanten Bedarf von 0,6%, der unter alters- und regionspezifischen Aspekten anzupassen ist.

**Bestandsindikatoren** resultieren aus der durchzuführenden Bestandsaufnahme im Bereich der ambulanten Psychotherapie. Sie charakterisieren die vorhandene Infrastrukturversorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und dienen dazu, Versorgungslücken aufzudecken. (Modul 3)

**Vorgehensweise:** Zur Bestimmung der Anzahl der verfügbaren ärztlichen und psychologischen Therapeuten, sind neben dem tatsächlichen Anteil der an der Versorgung

teilnehmenden Therapeuten (Abrechnungsleistungen und Umrechnung von Teilzeittherapeutenanteile auf Vollzeittherapeuten) auch möglichen Kapazitätsspielräume (Berücksichtigung von Wartezeiten und freien Plätzen) zu berücksichtigen. Das Behandler-Ist wird in Vollzeittherapeuten (Ergebnis 1 bzw. Ergebnis 3) ausgedrückt und berücksichtigt die Unterschiede, die durch die Gewichtung der unterschiedlichen Verfahren hinsichtlich der Anzahl versorgbarer Klientel entstehen. Dem Behandler-Ist kann das Behandlungs-Ist (Ergebnis 2) zugeordnet werden. Als Ableitung der ermittelten Anzahl verfügbarer Psychotherapeuten ergibt sich die Anzahl der psychotherapeutisch versorgbaren Patienten (Ergebnis 4). Der Versorgungsgrad als wichtige Planungsgröße misst den tatsächlichen Angebotsumfang zu einem bestimmten Zeitpunkt im Vergleich zur Versorgungsnotwendigkeit.

#### Erläuterungen der Indikatorenbereiche

**Behandlungsdauer:** Dieser Indikator ist definiert als Zeitspanne, über die die psychotherapeutische Leistung durchschnittlich in Anspruch genommen wird. Die Behandlungsdauer ist abhängig von dem angewendeten Psychotherapieverfahren. Der durchschnittliche Behandlungsaufwand kann über alle Verfahren mit ca. 62-74 Stunden pro Patient (bei einer Bandbreite von durchschnittlich ca. 35 – 192 je Verfahren) geschätzt werden und kann der ermittelten erforderlichen Behandlungsdauer gegenübergestellt werden.

**Auslastungsgrad:** Der Auslastungsgrad ist definiert als Anteil der durch einen Psychotherapeuten versorgten Patienten an Personen, die durch ihn potentiell versorgt werden könnten. Dieser Indikator bringt Aufschluss darüber, ob verschiedene Psychotherapeuten noch Kapazitätsreserven für Krisen und Notfälle haben. Die Existenz von Wartelisten allein als Argument für einen

notwendigen Ausbaubedarf ist problematisch, da aufgrund zahlreicher Mehrfachnennungen dieser Indikator nicht als aussagekräftig hinsichtlich des tatsächlichen Bedarfs gelten kann. Umgekehrt können freie Plätze nicht einfach als Indikator für Kapazitätsreserven gelten, da alters-, verfahrens- und regionalspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

**Jahresnettoleistung:** Dieser Indikator ist in die Bedarfsanalyse einzubeziehen. Er ist definiert als die Jahresstundenleistung Psychotherapie eines Vollzeitpsychotherapeuten unter Berücksichtigung von Urlaubs-

und Krankheits- sowie sonstiger Ausfallzeiten (Dokumentation, Fortbildung etc.). Die Jahresstundenleistung beträgt 1350-1890 Stunden (vgl. auch Tabelle 4). Damit könnte ein Vollzeittherapeut jährlich zwischen 18 und 26 Patienten (mit einer verfahrensspezifisch bedingten Bandbreite von 9 bis 47 Patienten) versorgen. Der Indikator ist erforderlich, um das tatsächlich jährlich zur Verfügung stehende Zeitbudget des jeweiligen Therapeuten zu ermitteln, welches zur Erstellung der Behandlungskapazitäten in einer Region benötigt wird.

Indikator	Daten	Ersatzwert
Anzahl der ärztlichen und nicht- ärztlichen Psychotherapeuten  Ausbildung/Verfahren/Umfang	Zulassungsdaten, aufgeschlüsselt nach Psychotherapeutengruppen  Verfahrensspezifische Genehmigungen  Abrechnungsdaten , Forschungsergebnisse	1350 – 1890 Stunden Jahresnettoleistung pro Vollzeittherapeut
Anzahl der versorgten Patienten  Behandlungsverfahren und - dauer	Behandlungsfallstatistik, ergänzt durch Forschungsergebnisse	74 Stunden pro Patient
Ergebnis 1: Anzahl der tatsächlichen (Vollzeit-) Psychotherapeuten		
Ergebnis 2: Anzahl der versorgten Patienten und Behandlungsumfang		
Kapazitätsspielräume	Koordinationsstellendaten	
Ergebnis 3: Anzahl verfügbarer (Vollzeit-) Psychotherapeuten und Behandlungskapazitäten		
Ergebnis 4: Anzahl versorgbarer Patienten		

#### Modul 3 Bestandsindikatoren

### Regionale Bedarfsindizes

Aus der Größenordnung des Basisindikators und den sonstigen bedarfsmodulierenden/-leitenden Indikatoren könnten zukünftig regionale Bedarfsindizes errechnet werden, die fortzuschreiben wären. Diese Indizes könnten folgendermaßen definiert werden:

- Anzahl der behandlungsbedürftigen Kinder- und Jugendlichen je 1000 Menschen zwischen 3 und 18 Jahren unter Berücksichtigung der verschiedenen Verfahren,
- Anzahl der behandlungsbedürftigen Erwachsenen je 1000 Menschen zwischen 19 und 65 Jahren unter Berücksichtigung der verschiedenen Verfahren,
- Anzahl der behandlungsbedürftigen Senioren je 1000 Menschen ab 65 Jahren unter Berücksichtigung der verschiedenen Verfahren.

### FAZIT

Die derzeit praktizierte »Bedarfsplanung« (sie müsste eigentlich Angebotsplanung heißen), die für alle Fachgruppen in gleicher Weise durchgeführt wird, setzt die empirisch vorgefundenen Einwohner-Arzt-Relationen als Maßzahlen für den »bedarfsgerechten Versorgungsgrad« fest (vgl. Tab. 1). Sie berücksichtigt keine der in unserer Modellrechnung verwendeten Bedarfsindikatoren.

Nach den indikatorgeleiteten Berechnungen ist im Bereich der Psychotherapie eine latente Unterversorgung festzustellen, d.h. die derzeit tätigen Behandler dieser Fachgruppe sind unter den gegebenen Bedingungen bei weitem nicht in der Lage, alle potentiellen Patienten, die behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweisen, zu versorgen. Da bei dem derzeit bestehenden Psychotherapie-Angebot nur ein Teil der nicht versorgten Patienten eine effektive Nachfrage ausüben, wird der Fehlbedarf an Psychotherapeuten nur gelegentlich in Regionen mit besonders geringem bzw. einseitigem Angebot manifest.

Was die praktische Verwertung der Ergebnisse betrifft, so erscheint es nicht wahrscheinlich, dass bereits in absehbarer Zeit die entwickelten Bedarfsindikatoren zur Berechnung neuer, realistischerer Planungszahlen genutzt werden. Denn Modellrechnungen auf Grundlage dieser Indikatoren haben gezeigt, dass ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot ceteris paribus zusätzliche Psychotherapeuten erfordern würde. Die Finanzierung des derzeitigen Angebots an Psychotherapie stößt aber bereits heute an ihre Grenzen. Eine Erhöhung des Angebots ohne entsprechende Korrektur des jetzt gültigen Budgets wäre aber für die die Versorgung tragenden Psychotherapeuten nicht zumutbar.

**Tabelle 1    Verhältniszahlen zur Festlegung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades, Fachgruppe der Psychotherapeuten (PT) laut gesetzlicher Bedarfsplanung**

Raumgliederungskategorien		PT je 100.000 Einwohner
Regionen mit Ballungsgebieten		
Kernstädte		38,0
Hochverdichtete Kreise		12,3
Normalverdichtete Kreise		9,9
Ländliche Kreise		6,4
Regionen mit Verdichtungsansätzen		
Kernstädte		31,2
Normalverdichtete Kreise		11,9
Ländliche Kreise		6,0
Ländliche Regionen		
Verdichtete Kreise		9,7
Ländliche Kreise		4,3
Sonderregionen		
Ruhrgebiet		11,4

## Übersicht

### Indikatoren für den Versorgungsbedarf

- Prävalenzen, Neuerkrankungen und Verläufe laut Epidemiologie
- Bevölkerungs- und Regionalstruktur (Altersverteilung und Siedlungsdichte)
- Inanspruchnahme von Angeboten und Therapiewirksamkeit
- Struktur der GKV-Behandlung nach Ausbildung und Versorgungsbeteiligung
- Behandlungsaufwand je Patient nach angewendetem Therapieverfahren
- Behandlungsindikationen und Angebote angrenzender Versorgungsbereiche

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung



**Tabelle 2 Zeitliche Arbeitskapazitäten bei Psychotherapeuten (Befragung 1997/98, N = 1.521)**

Stunden pro Woche	Anzahl	Anteil an Gesamt
0 – 17	312	20,5 %
18 – 25	293	19,3 %
26 – 30	212	13,9 %
31 – 40	356	23,4 %
41 – 50	259	17,0 %
51 – 60	72	4,7 %
61 – 81	17	1,1 %



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

**Tabelle 3 Behandlungsaufwand pro Patient in Abhängigkeit vom Therapieverfahren (Psychotherapeutenbefragung 1997/98)**

Therapiestunden-Soll Ø	
alle Verfahren	77,4
Psychoanalyse	159,9
Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie	69,6
Verhaltenstherapie	43,7
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie	96,0
Gestalttherapie	57,2



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

**Tabelle 4      Versorgungsbeiträge von Psychotherapeuten in  
Abhängigkeit von ihrer zeitlichen Arbeitskapazität**

	Arbeitsstunden PT-Tätigkeit pro Woche	Behandlungs- stunden pro Jahr	Versorgbare PT- Patienten pro Jahr
Vollzeit- psychotherapeut	36 – 50	1380 – 1932	18 - 26
überwiegend tätiger PT	26 – 35	1012 – 1380	13 - 18
halbtags tätiger PT	18 – 25	690 - 1012	9 - 13
geringfügig tätiger PT	11 – 17	414 - 690	5 - 9



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

**Tabelle 5      Fallmix auf der Basis der Behandlungsfälle 1996**

		Analyse	TPT	VT	Gesamt
Kurzzeit	% vom Psychofach		73,3	72,5	
	% Gesamt		38,8	26,4	65,2
Langzeit	% vom Psychofach	100	26,7	27,5	
	% Gesamt	10,7	14,1	10,0	34,8
Gesamt		10,7	52,9	36,4	100



Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung

(n= 309076) Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln